

Rekomendacje dotyczące zarządzania listami oczekujących w Polsce — wyniki projektu badawczego

Adam Kozierkiewicz¹, Krzysztof Gajda², Dariusz Gilewski³
Wojciech Trąbka²

¹ JASPERS, European Investment Bank

² Zakład Medycznych Systemów Informacyjnych, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

³ Dane-i-Analizy.pl

Adres do korespondencji: Krzysztof Gajda, Instytut Zdrowia Publicznego, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków, krzysztof.gajda@uj.edu.pl

Abstract

The recommendation concerning the waiting lists system — the results of the research project

An access to health care remains an important social issue for many years. In practice, the access is identified with waiting time and waiting lists for health services. The system working at present, which was introduced by virtue of a set of regulatory documents from years 2004–2005, is contested, mainly as concerns availability to valid and trustworthy information about waiting time to services provided by different providers. In the current paper, based on results of a research project entitled “Analysis of the current waiting lists management system (...)”, commissioned by the Ministry of Health, we present an attempt of systematic assessment and recommendation concerning rules and ways of organisation of the waiting lists system.

Key words: health care access, health services, waiting lists, waiting time

Słowa kluczowe: dostęp do świadczeń medycznych, kolejki, listy oczekujących

Wstęp

Problem dostępności do świadczeń zdrowotnych w Polsce pozostaje nierozwiązany od wielu lat. W różnym czasie problem ten był inaczej nasilony i w rozmaity sposób traktowany. W latach 90. XX wieku kolejkom często towarzyszyły różne formy opłat nieformalnych [1]. Tuż przed oraz tuż po wprowadzeniu kas chorych pojawiły się rozwiązania w postaci tzw. GP fundholdingu (lekarzy POZ z budżetem na nabywanie innych świadczeń) czy zakupów endoprotez i ich dystrybucji do ośrodków ortopedycznych, które okresowo i wyrывkowo poprawiały sytuację. W 2002 r., przed zamianą kas chorych na Narodowy Fundusz Zdrowia, powstała inicjatywa formalizacji i kodyfikacji systemu list oczekujących [2], która doprowadziła do wprowadzenia regulacji prawnych w tym zakresie. Inicjatywa ta zbiegła się w czasie z akcesją Polski do Unii Europejskiej i wprowadzeniem koordynacji systemu zabezpieczenia społecznego, co z kolei

wymagało rozwiązania zagadnienia tzw. nadmiernego opóźnienia (*undue delay*) [3–5]. Znowelizowana ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych wprowadzała już cały pakiet regulacji kolejkowych [6–8]. Wspomniana formalizacja prowadzenia list oczekujących nie poprawiła jednak dostępu do świadczeń, a jedynie spowodowała przeniesienie dyskusji o tym problemie na inny, bardziej systematyczny poziom [9–12]. Warto zaznaczyć, że w 2013 r. średni czas oczekiwania na takie świadczenia, jak przeszczep soczewki, wynosił nawet osiem miesięcy. Zwykle dyskusji o kolejkach i dostępie towarzyszyły dyskusje o zjawiskach korupcyjnych w ochronie zdrowia [13–15]. Dyskusje te stały się przyczyną zlecenia w 2006 r. zespołowi Instytutu Zdrowia Publicznego CM UJ zadania badawczego związanego z zagadnieniem kolejek i zapobiegania korupcji w ochronie zdrowia. Projekt, trwający ponad rok, został podsumowany obszernym raportem oraz cyklem szkoleń skierowanych do zarządzających ochroną zdrowia [16].

Po zmianie rządu, która nastąpiła kilka miesięcy później, projekt nie znalazł jednak kontynuacji ani wykorzystania.

W ostatnich miesiącach 2013 r. zagadnienie kolejek wróciło do debaty publicznej z nową siłą. Przy tej okazji okazało się, że sytuacja prawna i faktyczna związana z listami oczekujących nie zmieniła się zasadniczo przez poprzednie sześć lat. Prawdopodobną przyczyną powrotu zainteresowania publicznego listami oczekujących był brak wzrostu nakładów na ochronę zdrowia, jaki zanotowano w 2013 r., i tym samym większe niż poprzednio nasilenie problemu deficytu świadczeń. W wyniku powyższego minister zdrowia został zobligowany do podjęcia szybkich działań mających zmienić tę sytuację. Warto tu przypomnieć obserwacje i wnioski sformułowane w ramach wymienionego projektu badawczego, które ani w kontekście prawnym, ani faktycznym nie straciły na aktualności, co jest celem artykułu. Występujący jednocześnie postęp technologiczny i powszechność wykorzystania technologii informatycznych w placówkach ochrony zdrowia mogą spowodować, że proponowane rozwiązania będą tym łatwiejsze do realizacji.

Metoda

Analiza systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce, w zakresie istniejących struktur i rozwiązań organizacyjnych, w tym przyjętych procedur informatycznych, umożliwiających realizację wymogów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), została przeprowadzona w dwóch etapach: analiza dokumentów, które są używane przez świadczeniodawców do rejestracji kolejek, np. terminarze (*desk analysis*), na podstawie przeglądu literatury przedmiotu [17–25], oraz badanie opinii uczestników systemu (wywiad pogłębiony).

Badaniem opinii objęto wybrane podmioty ochrony zdrowia w Polsce, które dzielą odpowiedzialność za sprawne funkcjonowanie systemu list oczekujących, w tym pracowników merytorycznych Ministerstwa Zdrowia, Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, oddziałów wojewódzkiej NFZ: sześć oddziałów wojewódzkich (dolnośląski, mazowiecki, podkarpacki, podlaski, śląski i wielkopolski), pięć delegatur oddziałów (dolnośląskiego, mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego i wielkopolskiego), trzydziestu sześciu świadczeniodawców zobowiązanych do prowadzenia list oczekujących, w tym świadczeniodawcę świadczeń wysokospecjalistycznych, świadczeniodawców świadczeń specjalistycznych w opiece szpitalnej/lecnictwie zamkniętym (szpitale powyżej 200 łóżek), trzech świadczeniodawców świadczeń specjalistycznych w opiece ambulatoryjnej. Ogółem lista zawiera 49 podmiotów i tyle samo wywiadów.

Przedmiotem analizy było 18 zagadnień, do których przypisano 109 pytań kierowanych do dyrekcji zakładów opieki zdrowotnej oraz 83 pytania zadawane przedstawicielom urzędów państwowych – Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. Wywiady przeprowadzano osobiście, z osobami wskazanymi przez kierownictwo wytypowanych instytucji. Wywiady trwały

zwykle około 3–4 godzin. Wyniki wywiadów zestawiono w odpowiednio przygotowanych tabelach oraz dokonano ich syntezy do postaci wniosków odnoszących się do poszczególnych pytań.

Wyniki etapu analitycznego

Podsumowując wyniki analizy oraz raportu rozwiązań organizacyjnych, związanych z funkcjonowaniem systemu list oczekujących na świadczenia zdrowotne, można stwierdzić, co następuje:

- Listy oczekujących nie stanowiły dotychczas priorytetu ani dla instytucji zarządzających systemem ochrony zdrowia, ani dla samych placówek opieki zdrowotnej.
- Po okresie wzmożonej aktywności związanej z problemem list oczekujących, jakie miało miejsce po wprowadzeniu przepisów Ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) [6], zainteresowanie listami oczekujących spadło, co się objawiło zanikiem takich działań, jak spotkania i tworzenie raportów zespołów ds. oceny list oczekujących.
- Zapisy ustawy dotyczące sposobu prezentowania danych na temat list i czasu oczekiwania były dość szczegółowe, ale, jak wykazało doświadczenie, niejasne, szczególnie w kwestii podstawowych definicji. Dopiero rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U., Nr 114, poz. 780) ułatwiło zrozumienie podstawowych pojęć [6], jak np. czas oczekiwania.
- Zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia doświadczały nagłych zmian sposobu gromadzenia danych, polegających m.in. na zmianie formatu przekazywania danych do płatnika na temat czasu oczekiwania, co powoduje, że ciągłość obserwacji jest poważnie zaburzona, a dotychczasowa kompletność i wiarygodność danych jest dalece niewystarczająca.
- Wiarygodność danych odnośnie do czasu oczekiwania i liczby oczekujących jest tym niższa, im wyższy jest poziom agregacji tych danych. W największym stopniu dane te są wiarygodne na poziomie komórki organizacyjnej, prowadzącej listy oczekujących. Jednak stopniowe próby agregowania i uogólniania obserwacji na poziomie komórki organizacyjnej napotykają poważne problemy, co skutkuje utratą jakości i wiarygodności.
- Poważne zaburzenie w komunikacji między placówkami a instytucjami gromadzącymi dane spowodowane jest brakiem jednoznaczności przepisów i pojęć stosowanych w systemie list oczekujących, w którym obserwuje się zasadnicze różnice w interpretacji przepisów między poszczególnymi instytucjami. Dotychczasowy proces wprowadzania list oczekujących nie był wsparty odpowiednim wysiłkiem szkoleniowo-informacyjnym.

- Jak wskazują badania, stosowanie kategorii „przypadku stabilnego”, „przypadku pilnego” oraz „stanu nagłego” utrwaliło się i taki podział wydaje się odpowiedni. Niestosowane są natomiast rekomendacje i zalecenia dotyczące nadawania poszczególnych kategorii, opublikowane przez ministra zdrowia na swoich stronach.
- W związku z brakiem wiarygodności zainteresowanie danymi z list oczekujących jest niewielkie, co objawia się niską liczbą kontaktów telefonicznych pacjentów starających się znaleźć placówkę opieki zdrowotnej wykazującą krótszy czas oczekiwania. Z kolei brak zainteresowania tego rodzaju zmniejsza dodatkowo zainteresowanie przekazywaniem wiarygodnych danych. W ten sposób powstaje sprzężenie zwrotne dodatnie, prowadzące do pogarszania jakości danych.
- Określone uwarunkowania organizacyjne powodują, że pacjenci często zapisują się na listy oczekujących w wielu miejscach jednocześnie, blokując dostęp i sztucznie wydłużając kolejki. Obecnie nie funkcjonują narzędzia elektroniczne, które mogłyby to zmienić.
- Długie oczekiwanie na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, szczególnie na tanie świadczenia np. ambulatoryjne, powoduje, że pacjenci często nie pojawiają się w ustalonym terminie. Taka sytuacja powoduje, że czas zarezerwowany na wykonanie danego świadczenia jest marnowany, ponieważ z reguły niemożliwe jest powiadomienie innego pacjenta o możliwości wcześniejszego przyjęcia.
- Większość pacjentów nie dopełnia obowiązku powiadomienia świadczeniodawcy o rezygnacji z usługi, a zakłady opieki zdrowotnej, szczególnie publiczne, nie wkładają wysiłku, aby uzyskać potwierdzenie skorzystania ze świadczenia przez pacjenta przed zbliżającym się terminem przyjęcia do placówki. Tylko wprowadzenie e-narzędzia mogłoby temu zaradzić.
- Pacjenci, wbrew prezentowanym w mediach danym pochodzącym z badań opinii publicznej, niezwykle rzadko podejmują starania o dochodzenie swoich praw do wcześniejszego przyjęcia. Rzadko obserwuje się skargi pacjentów kierowane do właściwych instytucji w kraju, a jeszcze rzadziej wykorzystywane są przez nich przepisy prawa Unii Europejskiej. W związku z niską jakością danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej listy oczekujących pełnią niewielką rolę w tzw. społecznej kontroli nad systemem ochrony zdrowia.
- W sytuacji gdy gromadzenie danych dotyczących czasu oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej nie uzyskuje właściwego priorytetu, a ich jakość jest niska, możliwości wykorzystywania systemu list oczekujących do wykrywania i zwalczania korupcji są bardzo ograniczone.

Wnioski i rekomendacje

Podstawowe rekomendacje dla systemu list oczekujących, który byłby m.in. w stanie przeciwdziałać zjawisku korupcji w relacji pacjent–lekarz, na najwyższym poziomie ogólności można sformułować następująco:

1. Prowadzenie list oczekujących powinno być włączone w działalność placówek opieki zdrowotnej, w szczególności w proces planowania przyjęć i nie powinno stanowić odrębnego, izolowanego systemu.
2. Prowadzenie list oczekujących powinno być zaprojektowane w sposób niepowodujący znacznego zwiększenia obowiązków i kosztów administracyjnych.
3. Prowadzenie list oczekujących musi zapewniać poczucie *pewności* i budować *zaufanie* do instytucji ochrony zdrowia, działających w publicznym systemie ochrony zdrowia.
4. Listy oczekujących powinny podlegać społecznemu nadzorowi prowadzonemu w różnoraki sposób, np. poprzez rady społeczne, z zachowaniem zasady ochrony danych osobowych i tajemnicy lekarskiej.
5. Uwaga systemu powinna być skierowana na zagwarantowanie odpowiedniego terminu przyjęcia, a niekoniecznie ścisłej kolejności przyjęć.
6. Kolejność przyjęć powinna odzwierciedlać kolejność zgłoszeń, z zastrzeżeniem indywidualnej oceny stanu zdrowia oraz preferencji pacjenta.
7. Informacja o terminach przyjęcia i czasie oczekiwania powinna być łatwo i w zrozumiały sposób dostępna dla pacjenta.

Ważnym elementem rekomendacji było zdefiniowanie najważniejszych pojęć związanych z działaniem systemu list oczekujących. Te pojęcia to:

- *Terminarz* – dokument, prowadzony w postaci papierowej lub elektronicznej, stanowiący element dokumentacji medycznej, służący do odnotowywania planowanych przyjęć, niezależnie od ich charakteru. W terminarzu wpisywani są pacjenci zakwalifikowani do wszystkich kategorii, z wyjątkiem „przypadków nagłych”.
- *Lista oczekujących* – podzbiór wpisów w terminarzu, złożony z wpisów pacjentów oczekujących na *najbliższy możliwy termin przyjęcia pacjenta* oraz na *przyjęcie przyspieszone*. W skład listy oczekujących **nie wchodzi** wpisy pacjentów „z rezerwacji”, o ile taka kategoria ma zastosowanie, a także pacjenci w *planie leczenia*. Tym samym listy oczekujących złożone są z *pacjentów oczekujących* (zob. niżej), *pierwszorazowych* (zob. niżej), w stanie stabilnym i/lub pilnym, którzy zgodzili się na *najbliższy dostępny termin przyjęcia*, lub w wypadku pacjentów pilnych na terminy wcześniejsze.
- *Pacjenci oczekujący* to pacjenci zapisani w terminarzu, którzy wyrażali chęć przyjęcia wcześniejszego, lecz z powodu braku możliwości po stronie świadczeniodawcy zostali zapisani na termin późniejszy. Pacjenci tacy mogą należeć do kategorii pacjentów stabilnych lub pilnych.
- *Pacjenci w planie leczenia* to pacjenci zapisani w terminarzu na określony termin przyjęcia wynikający z trybu leczenia lub nadzoru (*follow-up*).
- *Pacjenci z rezerwacji* to pacjenci zapisani z własnego wyboru na określony termin (umownie), o co najmniej 2 tygodnie późniejszy niż proponowany przez placówkę *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Pacjenci „z rezerwacji” stanowią trzecią, obok *pa-*

cjentów oczekujących i pacjentów w planie leczenia, kategorię pacjentów wyróżnianą w terminarzu.

- *Najbliższy dostępny termin przyjęcia* (NDTP) oznacza najbliższą datę lub przedział czasu, kiedy pacjent może zostać przyjęty do placówki (do danej komórki organizacyjnej lub na dane świadczenie lub procedurę). Nie uznaje się za NDTP terminu zarezerwowanego dla potencjalnych przypadków nagłych i pilnych (w przypadku kiedy placówka takie terminy rezerwuje) oraz terminów zwolnionych nagle w wyniku rezygnacji pacjenta, niezgłoszenia się pacjenta lub zdyskwalifikowania z przyjęcia z powodów zdrowotnych i innych. Pojęcie NDTP jest zatem pojęciem umownym niekoniecznie zgodnym z dosłownym rozumieniem tego terminu.
- *Przyjęcie przyspieszone* to przyjęcie w terminie wcześniejszym niż *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. *Przyjęcie przyspieszone* jest zapewniane pacjentom zakwalifikowanym do kategorii przypadków pilnych i/lub nagłych. W wypadku stanów nagłych przyjęcie następuje w chwili zgłoszenia się pacjenta.
- *Planowany czas oczekiwania* to odległość w czasie między datą zgłoszenia się pacjenta w celu rezerwacji terminu a datą planowanego przyjęcia. Pojęcie *planowany czas oczekiwania* ma zastosowanie do przypadków pacjentów zakwalifikowanych do kategorii „stabilnych” oraz „pilnych”.
- *Rzeczywisty czas oczekiwania* to odległość w czasie między datą wpisania do terminarza a datą przyjęcia związanego z wykonaniem oczekiwanego świadczenia. Pojęcie *rzeczywisty czas oczekiwania* stosuje się do pacjentów zakwalifikowanych do kategorii pacjentów „oczekujących”, a nie stosuje się do kategorii pacjentów „w cyklu leczenia” oraz, w przypadku jej stosowania, kategorii pacjentów „z rezerwacji”.
- *Przypadki nagłe* – stany pacjentów, które powodują konieczność natychmiastowego przyjęcia, ponieważ każde opóźnienie może spowodować zgon lub poważne pogorszenie stanu zdrowia. Pacjenci zakwalifikowani jako *przypadki nagłe* nie są zapisywani w terminarzach i podlegają natychmiastowemu przyjęciu.
- *Pacjenci uprzywilejowani* – kategoria pacjentów wynikająca z przepisów art. 47c ustawy, zrównująca ich dostęp do świadczeń z pacjentami w kategorii *przypadki nagłe*.
- *Przypadki pilne* – stany pacjentów, które powodują konieczność szybkiego, w określonym czasie, przyjęcia, ze względu na dynamikę procesu chorobowego i możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia. Pacjenci zakwalifikowani do *przypadków pilnych* są przyjmowani w terminach wcześniejszych od *najbliższego dostępnego terminu przyjęcia* w trybie tzw. *przyjęć przyspieszonych*. Pojęcie *przypadków pilnych* odzwierciedla względny stan pacjenta na tle stanu innych pacjentów w danej placówce i komórce organizacyjnej.
- *Przypadki stabilne* – stan pacjentów, których dynamika procesu chorobowego jest powolna, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia mała, a możliwość znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia

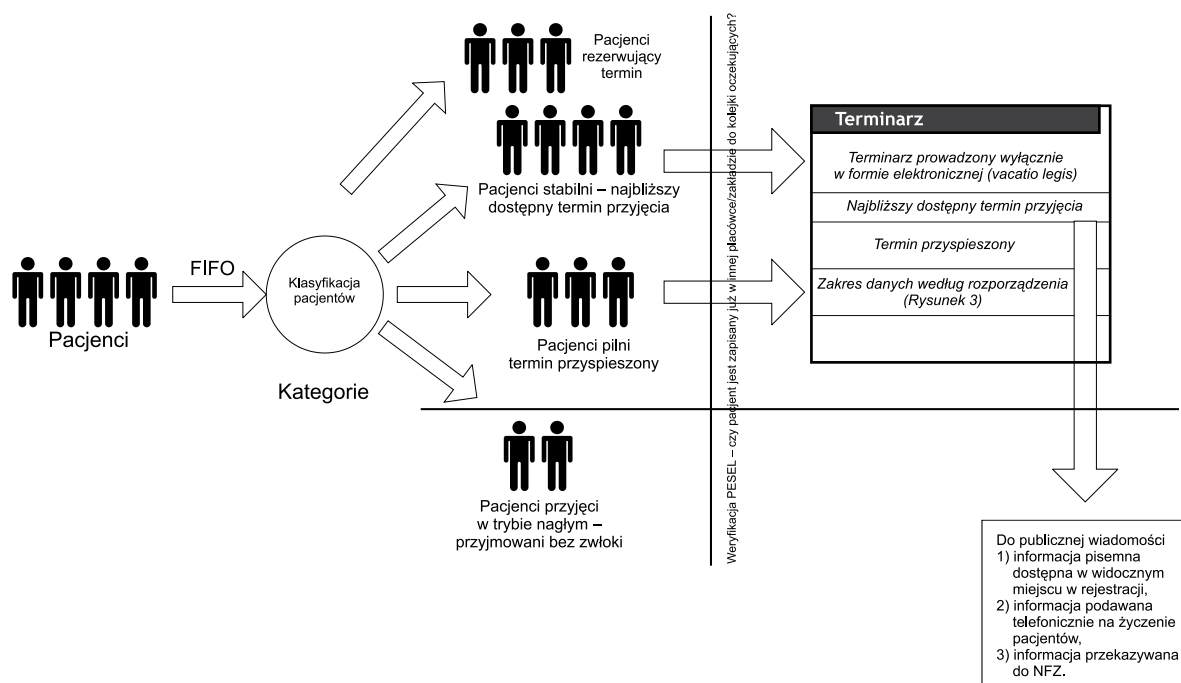
ograniczona. Pojęcie *przypadków stabilnych* odzwierciedla względny stan pacjenta na tle stanów innych pacjentów w danej placówce i komórce organizacyjnej.

- *Pacjent pierwszorazowy* – pacjent, który po raz pierwszy stawia się w placówce w związku z danym schorzeniem lub kategorią schorzeń, określoną przez zajęty organ i charakter dolegliwości. Tym samym nie jest pacjentem pierwszorazowym pacjent, stawiający się w związku z nadciśnieniem, w placówce, w której leczył dotąd inną chorobę z zakresu układu krążenia.

Zgodnie z zaproponowanymi rekomendacjami placówki posiadające umowę na świadczenie usług zdrowotnych ze środków publicznych zobowiązane są do prowadzenia zapisów pacjentów w terminarzach, w których umieszczane są planowane przyjęcia pacjentów. Podzbiorem wpisów w terminarzach są listy oczekujących, złożone z pacjentów oczekujących na *najbliższy dostępny termin przyjęcia*¹ (NDTP), oraz na *przyjęcie przyspieszone*.

W prowadzonym na bieżąco terminarzu identyfikowany jest NDTP do poszczególnych komórek organizacyjnych oraz dla wyszczególnionych świadczeń, o ile termin ten jest różny dla świadczeń od terminu do komórki organizacyjnej. NDTP nie zawsze jest rzeczywiście najbliższym wolnym terminem w terminarzu; możliwe bowiem, że placówka rezerwuje pewną pulę miejsc (ilość mocy przerobowych) na wypadek przyjęcia pacjentów kwalifikowanych do przypadków *pilnych* lub *nagłych*. Taka sytuacja może mieć miejsce na oddziale chirurgicznym, w szpitalu prowadzącym ostre dyżury. Na takim oddziale rozsądne i uzasadnione jest zarezerwowanie pewnej puli wolnych łóżek na przyjęcia następujące w dniu takiego dyżuru. Jako NDTP nie jest także uznawany termin, który nagle się zwolnił w wyniku rezygnacji pacjenta lub dyskwalifikacji pacjenta z przyjęcia. Pojęcie NDTP jest pojęciem „systemowym” oznaczającym, że ten termin wyznacza dolną granicę czasu oczekiwania dla pacjenta w stanie stabilnym.

Pacjenci zgłaszający się w celu zarejestrowania na planowe przyjęcie mają otrzymywać propozycję wpisania się w terminarzu na *najbliższy dostępny termin przyjęcia* (**Rysunek 1**), w kolejności, jaka wynika z kolejności zgłoszeń. W wypadku gdy pacjent spełnia kryteria przyjęcia *pilnego*, otrzymuje ofertę *przyjęcia przyspieszonego*. Kolejność przyjmowania pacjentów na przyjęcie w *terminie przyspieszonym* zależy od stanu zdrowia pacjenta oraz kolejności dokonania zgłoszenia w danej kategorii pacjentów. W praktyce placówka, o ile zna z doświadczenia częstość pojawiania się przypadków, które są kwalifikowane jako pilne, może *zablokować* pewną pulę wolnych terminów w terminarzu, które nie będą obsadzone przez *przypadki stabilne*. Jeśli placówka nie przewidziała takiego terminu w terminarzu, jej strategia może polegać na *wepchnięciu* pacjenta pomimo braku miejsca w terminarzu, co może oznaczać dostawienie dodatkowego łóżka lub wydłużenie pracy personelu w taki sposób, by świadczenie pilnie potrzebne w danym czasie mogło być wykonane. Alternatywnym rozwiązaniem jest przesunięcie kolejki pacjentów oczekujących na przyjęcia w NDTP, co powoduje jednak kaskadę zmian i znaczne perturbacje organizacyjne.



Rysunek 1. Schemat kwalifikacji pacjenta do odpowiedniej kategorii i wpisywania do terminarza.

Źródło: Opracowanie własne.

Pacjenci wpisywani do terminarza kwalifikowani są do określonych kategorii: *rezerwujący termin*, w planie leczenia oraz *oczekujący na NDTP* lub *przyjęcie przyspieszone*. Taki podział powoduje, że rzeczywisty czas oczekiwania, wynikający z odejmowania daty przyjęcia od daty wpisania do terminarza, wyliczany jest tylko w odniesieniu do pacjentów zaliczonych do kategorii *oczekujący*.

Podawany publicznie (**Rysunek 2**) *najbliższy dostępny termin przyjęcia* powinien mieć charakter informacyjny i ulegać zmianie w miarę upływu czasu i wpisywania kolejnych pacjentów w danym dniu. Jest on tym samym obowiązujący w stosunku do pierwszego pacjenta, który zgłosił chęć wpisania się na ten termin w danym dniu. W miarę przesuwania się tego terminu pacjenci mają dostęp do bieżącej informacji przekazywanej w formie słownej: osobiście lub telefonicznie. Aktualizowanie danych przekazywanych płatnikowi powinno się dokonywać na koniec dnia lub innego wyróżnionego cyklu raportowania (np. tygodnia, miesiąca). Zakłada się, że placówka przekazuje NFZ dane o *najbliższym dostępnym terminie przyjęcia* w cyklu charakterystycznym dla danego rodzaju placówek. Docelowo jest to początek dnia, w którym na dany *termin* dokonywane są wpisy, lecz w okresie przejściowym może to być pierwszy dzień miesiąca lub tygodnia.

W sumie zatem świadczeniodawca planuje przyjęcia pacjentów w zależności od terminu ich zgłoszenia oraz stanu zdrowia (z wyjątkiem pacjentów zakwalifikowanych do kategorii uprzywilejowanych na podstawie art. 47c ustawy [6]), który decyduje o kwalifikacji pacjenta do odpowiedniej kategorii. Następnie wpisuje pacjenta do terminarza na planowany termin, uwzględniając kate-

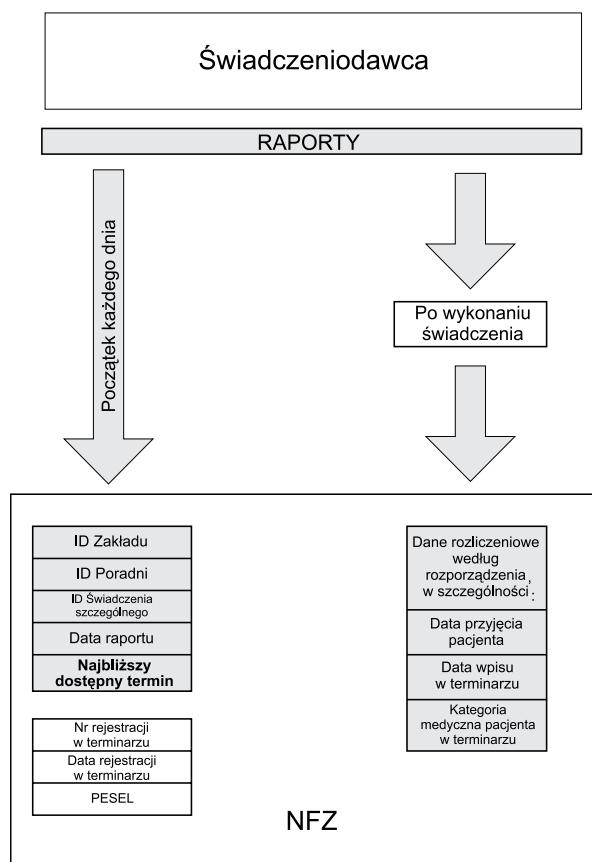
gorię pacjenta oraz dostępne terminy, a także preferencje pacjenta co do terminu. Świadczeniodawca daje pacjentowi pisemną informację o planowanej dacie przyjęcia, która w szczególności może mieć charakter adnotacji na skierowaniu. Adnotacja na skierowaniu jest wykonywana niezależnie od ewentualnego wręczenia pisemnej informacji o dokonanej rezerwacji w innej formie. W wypadku gdy w trakcie oczekiwania pacjent zrezygnuje z oczekiwania lub zgłosi się do innego świadczeniodawcy w celu zapisania na dane świadczenie, zostaje on wykreślony z terminarza, w którym występował pierwotnie.

Docelowo placówki powinny dostarczać automatycznie (lub półautomatycznie) dane na temat *najbliższego dostępnego terminu przyjęcia* do właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przekazywane dane obejmują tylko kilka parametrów:

- ID zakładu – kod identyfikujący placówkę;
- ID poradni – kod identyfikujący komórkę organizacyjną w danej placówce;
- ewentualnie kod identyfikujący (ID) świadczenia szczególnego – w wypadku gdy na określone świadczenia lista jest inna niż do samej komórki organizacyjnej (np. z powodu nieregularnej lub limitowanej dostępności danego specjalisty albo składowej świadczenia – protezy stawu biodrowego itp.);
- data raportu – dzień, w którym raport został wysłany;
- *najbliższy dostępny termin przyjęcia* (dzień, tydzień lub miesiąc).

Ten zakres danych wysyłany jest w trybie codziennym, najlepiej w nocy i nad ranem, w dniu, w którym obowiązuje podany *najbliższy dostępny termin przyjęcia*.



Rysunek 2. Schemat raportów placówek do Narodowego Funduszu Zdrowia.

Źródło: Opracowanie własne.

Wysyłanie jest procesem automatycznym, obsługiwanym przez aplikację elektronicznego terminarza.

W niektórych wypadkach, w odpowiedzi na uzasadnione zastrzeżenie co do poprawności prowadzenia terminarza i list oczekujących, NFZ nakłada na placówkę dodatkowo okresowo (np. na 3–6 miesięcy) obowiązek przekazywania następujących danych:

- numer wpisu w terminarzu;
- data wpisu w terminarzu;
- PESEL pacjenta.

W ten sposób może być wykonywany poszerzony nadzór nad listami oczekujących, pozwalający na odpowiednie zmotywowanie świadczeniodawcy (dodatkowe obciążenie, „patrzenie na ręce”). Jednocześnie – ponieważ jest to czynione w stosunku do wybranej, z założenia niewielkiej liczby świadczeniodawców – istnieje fizyczna możliwość monitorowania tych wpisów i konfrontowania ich z przekazanymi przez świadczeniodawców raportami o wykonaniu świadczeń.

W rezultacie Narodowy Fundusz Zdrowia staje się dysponentem najważniejszej informacji z punktu widzenia pacjenta: w której placówce, w jakim najbliższym terminie można uzyskać dane świadczenia (Rysunek 3). Dane zebrane w zaproponowany sposób są najbardziej aktualne i użyteczne. Najbliższy dostępny termin przyjęcia jest datą, która fizycznie występuje w terminarzu danego świadczeniodawcy. Informacje o kolejkach przedstawiane

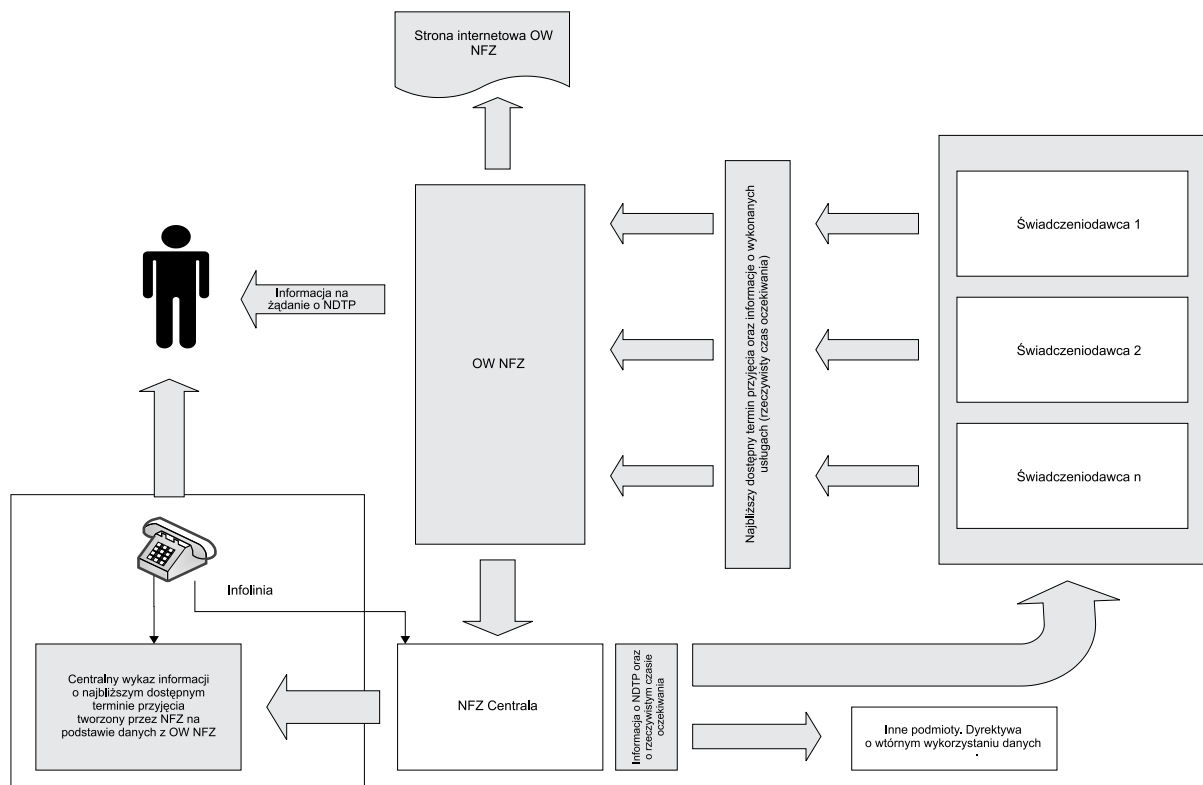
przez NFZ są na tyle rzetelne, na ile rzetelnie wysyłają je świadczeniodawcy. Jest to także data, którą poda świadczeniodawca, jeśli pacjent zwróci się do niego bezpośrednio. W ten sposób NFZ będzie w stanie zapewnić pewną i aktualną informację o terminach i „kolejkach” swoim ubezpieczonym. Rozwój informacji konsumenckiej i wsparcia pacjentów pozwoli na poprawę wizerunku NFZ i w rezultacie ustabilizuje jego sytuację, która przestanie być tak silnie kontestowana. Stąd też silna rekomendacja, aby NFZ zaczął rozwijać ten zakres działalności.

Jednocześnie NFZ będzie mógł wykonywać wiele analiz, w szczególności:

- porównywać bieżące terminy przyjęcia do danych komórek (lub dane świadczenia) pomiędzy różnymi świadczeniodawcami;
- porównywać deklarowane przyszłe czasy oczekiwania (różnica między dniem dzisiejszym a najbliższym dostępnym terminem przyjęcia) z rzeczywistymi czasami oczekiwania pacjentów, którzy już opuścili daną placówkę.

NFZ będzie także mógł udostępniać dane o najbliższym dostępnym terminie przyjęcia, czyli dane o charakterze konsumenckim, innym podmiotom, zgodnie z odpowiednimi przepisami prawa europejskiego (Dyrektywa transgraniczna).

Przepisy zaproponowane w niniejszym opracowaniu są uniwersalne i odnoszą się do wszystkich rodzajów



Rysunek 3. Schemat obiegu informacji o najbliższym dostępnym terminie przyjęcia.

Źródło: Opracowanie własne.

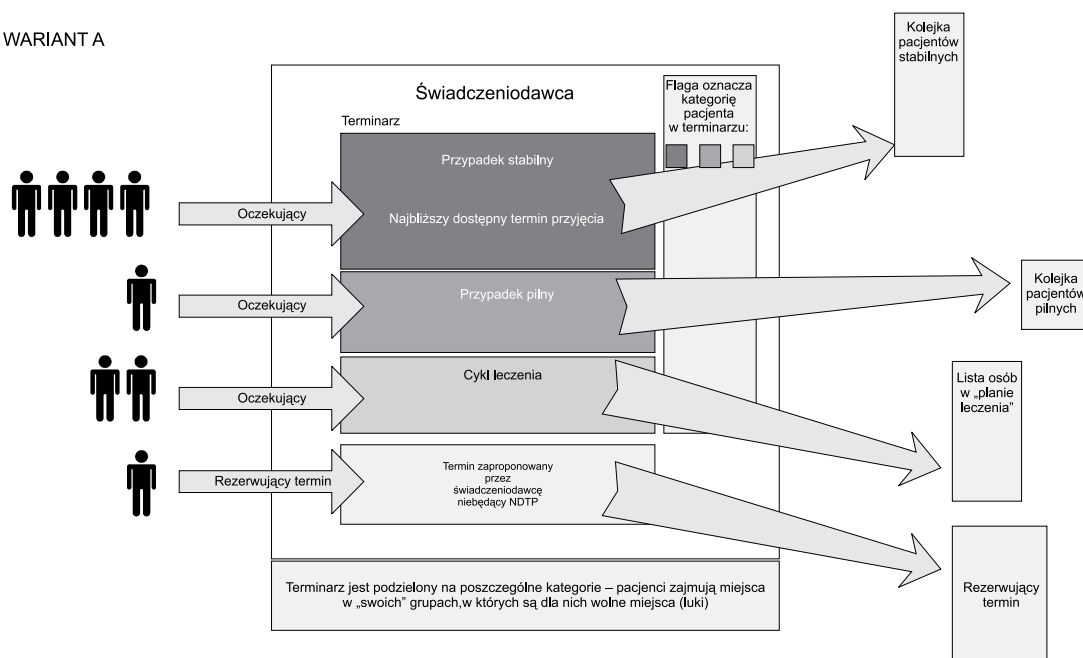
i typów placówek. Oczywiście jest jednak, że sytuacja w poszczególnych placówkach jest różna i zastosowanie ogólnych przepisów musi być adekwatne do wymienionych różnic. W szczególności różnice dotyczą rodzaju pacjentów przyjmowanych do poszczególnych placówek. W dużej części placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej większość pacjentów stanowią pacjenci w stanie *stabilnym*, zgłaszający się ze skierowaniem, czy to telefonicznie, czy też osobiście. W takim wypadku terminarz może być stopniowo i miarowo wypełniany, większość będą stanowić pacjenci *rezerwujący termin*, w *planie leczenia* oraz *oczekujący na najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Rzadkie przypadki pacjentów pilnych mogą zostać wstawione między pacjentów stabilnych, w najgorszym wypadku wydłużając czas pracy personelu. Najbardziej prawdopodobnym rozwiązaniem jest jednak pewne skrócenie przyjęć/procedur wykonywanych dla pacjentów stabilnych i w ten sposób przeznaczanie zaoszczędzonego czasu na *pacjenta pilnego*. W innym razie, gdy placówka (np. oddział kardiologii inwazyjnej) przyjmuje w różnych proporcjach *pacjentów stabilnych i pilnych*, konieczne jest dokonanie wstępnego podziału dostępnego czasu i w praktyce wydzielenie dwóch list oczekujących: dla *pacjentów stabilnych* oraz dla *pacjentów pilnych* (Rysunek 4).

W tym wypadku opierając się na doświadczeniach z przeszłości, kierownictwo zakładu rezerwuje odpowiednią liczbę miejsc w terminarzu przyjęć na *przyjęcia przyspieszone*, poza już objętymi terminami na przyję-

cia w *planie leczenia* czy dla pacjentów *rezerwujących termin*. W sytuacji gdy liczba przypadków pilnych wypełnia kalendarz, przyjmowanie przypadków stabilnych jest wstrzymane, ponieważ przyjęcia pacjentów pilnych stanowią priorytet. Pacjenci w *planie leczenia* nie powinni tracić możliwości leczenia w wyniku opisanej sytuacji.

Szczegółowe kryteria medyczne, którymi posługują się lekarze, określając kategorie pacjentów, powinny zostać opracowane na rzecz poszczególnych placówek. Placówki ochrony zdrowia zatem określają i ogłaszają kryteria medyczne, charakterystyczne dla profilu pacjentów leczonych w danej placówce, które stanowią podstawę kwalifikowania pacjentów do kategorii stanów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 20 ust. 11 ustawy. Dodatkowo jednak kryteria medyczne, opracowane przez placówki, mogłyby wykorzystywać zalecenia publikowane przez ministra zdrowia w postaci obwieszczeń, a stanowiące zalecenia konsultanta krajowego w odpowiedniej dziedzinie medycyny, opracowane we współpracy z odpowiednimi towarzystwami naukowymi. Publikowane byłyby wytyczne kliniczne do kwalifikowania pacjentów do kategorii pilnych i stabilnych, określone wytyczne dotyczące dopuszczalnego czasu oczekiwania na świadczenia w poszczególnych stanach klinicznych, natomiast kierownicy i personel medyczny placówek interpretują te wytyczne i opracowują szczegółowe kryteria medyczne dla pacjentów, którzy najczęściej pojawiają się w danej placówce. Opracowane w ten sposób kryteria byłyby publikowane w szczególności na stronach inter-

WARIANT A



Rysunek 4. Model działania terminarza w placówce z różnymi kategoriami pacjentów (wariant A).

Źródło: Opracowanie własne.

netowych placówki oraz w inny sposób udostępniane pacjentom, powodując, że proces decyzyjny, jaki następuje po takiej publikacji, staje się bardziej kontrolowany, a tym samym po pewnym czasie bardziej transparentny.

Sposób prowadzenia list oczekujących podlega nadzorowi zespołu ds. list oczekujących (lub zespołu ds. monitorowania jakości) lub, po ostatniej zmianie ustawy, kierownikowi zakładu lub świadczeniodawcy jako takiemu. Raporty z działalności zespołu byłyby przedstawiane kierownikowi zakładu oraz Radzie Społecznej w wypadku publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W szpitalach oraz większych przychodniach kierownik zakładu tworzyłby regulamin prowadzenia list oczekujących.

Szczegółowy sposób prowadzenia terminarzy oraz sposób i tryb przekazywania informacji o czasie oczekiwania powinno określać rozporządzenie wydane do ustawy o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych², tak jak jest to obecnie w odniesieniu do list oczekujących. Terminarze będą wtedy stanowić element dokumentacji medycznej i będą prowadzone w formie elektronicznej, z wyznaczeniem *vacatio legis* dla tego przepisu, różnie odległego dla różnych typów placówek. W ten sposób zostałby rozstrzygnięty dylemat rozważany na etapie analizy, w jakim akcie prawnym ustanowić zakres danych gromadzonych w terminarzu. Uznano bowiem, że podobnie jak inne rodzaje regulowanych prawem dokumentów terminarz także powinien doczekać się regulacji co do zakresu danych, które są w nim gromadzone, choć nie powinna to być regulacja na poziomie ustawy, lecz rozporządzenia. Obecnie w rozporządzeniu wydanym do ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta³ występuje dokument pod nazwą lista oczekujących.

Wnioski

Przedstawiona koncepcja realizacji list oczekujących nie została dotychczas wdrożona, choć w propozycji zmian prawnych sformułowanych przez ministra zdrowia w kwietniu 2014 r. pojawiły się jej elementy, np. *najbliższy dostępny termin przyjęcia*. Oprócz tego elementu jednak nie zaproponowano pozostałych, wprowadzono natomiast bardzo wiele obowiązków gromadzenia i przekazywania danych do NFZ. Przede wszystkim jednak proponowanie zmian rozpoczęto i zakończono na zaproponowaniu zapisów prawnych, pomijając etap analityczny oraz etap projektowania systemu organizacyjnego i informacyjnego, którego przykład zaprezentowano w niniejszej publikacji. Za kilka lat będzie zapewne można ocenić, z jakim skutkiem wprowadzono wymienione zmiany.

Przypisy

¹ Do kategorii pacjentów oczekujących zostaną zaliczeni pacjenci, którzy skorzystali z możliwości zapisania na *najbliższy możliwy termin przyjęcia* lub inny dogodny termin, lecz nie późniejszy niż dwa tygodnie po *najbliższym możliwym terminie przyjęcia*. Do kategorii pacjentów oczekujących zaliczają się także pacjenci z kategorii pilnych, oczekujący na *przyjęcie przyspieszone*.

² Rozporządzenie wydane na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

³ Rozporządzenie wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy z 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw

Pacjenta (Dz.U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 i Nr 76, poz. 641 oraz z 2010 r., Nr 96, poz. 620).

Piśmiennictwo

1. Halik J., Borkowska-Kalwas T., Pączkowska M., *Dostępność świadczeń zdrowotnych*, Biuletyn Informacyjny, Nr 31, Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.
2. Kozierkiewicz A., Grabowski J., *Obywatelska inicjatywa dotycząca organizacji list oczekujących*, Grupa Lekarska, Program Przeciw Korupcji Fundacji Batorego, www.batory.org.pl/doc/lista-pacjentow.pdf; dostęp: 15.09.2014.
3. VITAPOL, Dokumenty dotyczące list oczekujących opracowane w ramach Projektu programu Środki Przejściowe nr 2004/016-829.01.06 pn. *Przygotowanie wewnętrznych procedur i instrumentów polskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego do zastosowania regulacji wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego*, w: Jasudowicz T., Czepek J., Kapelańska-Pręgowska J., *Międzynarodowe Standardy Bioetyczne. Dokumenty i Orzecznictwo*, Wolters Kluwer, Warszawa 2014: 123–127.
4. Zalecenie nr R (99) 21 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich z dnia 30 września 1999 r. w sprawie kryteriów zarządzania listami oczekujących i czasem oczekiwania w ochronie zdrowia.
5. Rozporządzenie Rady (EWG) nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz.Urz. WE L 149 z 05.07.1971 r., z późn. zm.), zastąpione przez Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz.Urz. WE L, Nr 166 z 30.04.2004 r.).
6. Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U., Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 200, poz. 1661).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 5 października 2005 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U., Nr 206, poz. 1724).
9. Pączkowska M., *Dostępność do świadczeń zdrowotnych w opinii Polaków. Raport z badań*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Warszawa 2006.
10. Biniek Z., *System Monitorowania List Oczekujących Na Wysokospecjalistyczne Świadczenia Medyczne*, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy, 2005.
11. Gray B., *Międzynarodowe rozwiązania stosowane obecnie w zarządzaniu i monitorowaniu list oczekujących na wysokospecjalistyczne świadczenia zdrowotne*, raport końcowy, przygotowany przez: Haro Consulting Group Ltd, Victoria, B.C., Canada, w ramach projektu finansowanego ze środków Grantu Japońskiego TF051897, przyznanego Ministrowi Zdrowia przez Bank Światowy.
12. *Informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku oraz sprawozdanie finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok*, druk sejmowy nr 789.
13. Kubiak A., *Pacjenci i lekarze o korupcji w ochronie zdrowia*, Program Przeciw Korupcji, Fundacja Batorego, Warszawa 2001.
14. Kopińska G., *Korupcja, jej zakres i metody ograniczania*, Ośrodek Myśli Politycznej, Warszawa 2003.
15. Dokument Rady Ministrów, Program zwalczania korupcji – Strategia Antykorupcyjna – II etap wdrażania 2005–2009.
16. Kozierkiewicz A., Gilewski D., Gajda K., Trąbka W., Jańczak E., Luboiński G., Romaszewski A., Klich J., *Analiza istniejącego systemu zarządzania listami oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej oraz opracowanie raportu zawierającego wnioski z analizy i zalecenia usprawnień tego systemu celem zapewnienia jego skuteczności w zapobieganiu i zwalczaniu zjawisk korupcyjnych w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Raport z prac analitycznych wykonanych w ramach realizacji umowy nr CRU 8020/JFK/PPt-DI/2006-TF2004/016-829.05.02.04 na rzecz Ministerstwa Zdrowia*, dokument wewnętrzny.
17. Appleby J., Boyle S., Devlin N., Harley M., Harrison A., Locock L., Thorlby R., *Sustaining Reductions in Waiting Times: Identifying Successful Strategies*, Final Report to the Department of Health, King's Fund, London 2005.
18. Egli H., *Grundformen der Wirtschaftskriminalität. Fallanalyse aus der Schweiz und der Bundesrepublik Deutschland*, Heidelberg 1985.
19. Hargreaves J., Moon L., Penm R., *Waiting Times For Elective Surgery In Australia 1997–98*, Australian Institute of Health and Welfare, Canberra 2000.
20. Lewis R., Appleby J., *Can the English NHS Meet the 18-week Waiting List Target?*, „Journal of the Royal Society of Medicine” 2006; 99(1): 10–13.
21. Łuków P., *Racjonowanie świadczeń a troska o dobro pacjenta*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” 2004; II(1): 35–41.
22. Siciliani L., Hurst J., *Explaining Waiting Times Variations for Elective Surgery across OECD Countries*, OECD Health Working Papers No. 7, Organisation for Economic Co-operation and Development, Paris 2003.
23. *It's About Time! Achieving Benchmarks and Best Practices in Wait Time Management*, Final Report by the Wait Time Alliance for Timely Access to Health Care, Canadian Medical Association – Wait Time Alliance, Ottawa 2005.
24. Kontrakty 1–3 w ramach projektu Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji nr 2004/016-829.05.02 pn. *Intensyfikacja procesu wdrażania działań antykorupcyjnych w Polsce*, finansowanego ze Środków Przejściowych 2004.
25. *Informacja Ministra Zdrowia o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2005 roku*, Warszawa 2006, www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zalacznik_r_09.pdf; dostęp: 15.09.2014.